



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

국제학석사학위논문

가족 결속력과 청소년 건강 관련
행동 간의 관계:

제 5 기 국민건강영양조사 (2010~2012) 자료를 중심으로

2016년 8월

서울대학교 국제대학원

국제학과 한국학 전공

Eszter Palócz

**Family Bond and Adolescent
Health-related Behavior
in South Korea:
Analysis of the 5th Korea National Health and
Nutrition Survey**

A thesis presented by

Eszter Palócz

to

The Graduate School of International Studies

In partial fulfillment of the requirements

for a Master's Degree in Korean Studies

Seoul National University

Seoul, Korea

August 2016

가족 결속력과 청소년 건강 관련 행동 간의 관계:

제 5 기 국민건강영양조사 (2010~2012)

자료를 중심으로

지도교수 은기수

이 논문을 한국학 석사학위논문으로 제출함

2016년 5월

서울대학교 국제대학원

국제학과 한국학전공

에스터

에스터의 석사학위논문을 인준함

2016년 8월

위 원 장 박태균 (인)

부 위 원 장 전지원 (인)

위 원 은기수 (인)

**Family Bond and Adolescent Health-related Behavior
in South Korea: Analysis of the 5th Korea National
Health and Nutrition Survey**

Professor Eun, Ki-Soo

Submitting a Master's thesis of Korean Studies

May 2016

Graduate School of International Studies

Seoul National University

Korean Studies Major

Eszter Palócz

Confirming the master's thesis written by Eszter Palócz

August 2016

Chair Park, Tae-Gyun _____

Vice Chair Jun, Jiwon _____

Examiner Eun, Ki-Soo _____

<국문초록>

가족 결속력과 청소년 건강 관련 행동 간의 관계:

제 5 기 국민건강영양조사 (2010~2012)

자료를 중심으로

에스터

서울대학교 국제대학원

국제학과 한국학 전공

본 연구는 가족식사 여부로 측정된 가족 결속력과 청소년 건강 관련 행동 간의 관계를 검토하였다. 즉, 제5기 국민건강영양조사 (2010~2012) 자료를 중심으로 가족식사 여부에 따라 청소년 음주 경험 여부, 흡연 경험 여부, 자살 생각 여부와 스트레스 인지율의 차별성이 있는지 검토하고 분석하였다.

음주, 흡연, 자살과 스트레스는 한국의 보건 문제가 되는 이슈들이며 더 깊게 이해하기 위해 사회적 관점에서도 검사하는 것이 중요하다. 청소년기는 건강이라는 측면에서 인생의 매우

중요한 시기이다. 이 시기에 시작되는 건강 관련 행위는 성인기까지 넘어갈 가능성이 높다. 또한, 청소년 건강상태는 전체 인구 건강 상태에 중대한 영향을 미치며 보건 정책적으로도 주의하는 것이 중요하다.

본 연구에는 제 5 기 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 총 1,752명의 12~18세 청소년 (여자 808명, 남자 944명)을 분석대상자로 선정하여 분석하였다. 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

기술통계 결과에 따라 12~18세 청소년들의 55.2%가 아침식사를, 60%가 저녁식사를 가족과 함께 한다고 응답하였다. 다음 분석을 위해 아침식사와 저녁식사 변수를 통합해서 두 끼 다 함께 먹고 한 끼도 함께 먹지 않은 그룹 간의 차이를 살펴보았다. 가족식사에 따른 특성과 건강 관련 행동을 검토했을 때, 연령의 차이가 뚜렷하였다. 즉, 중학생 (12~15세)의 49%에 비해 고등학교 연령 (16~18세) 연구대상자의 14%만 아침과 저녁 모두 가족과 함께 했다고 대답하였다.

회귀분석 결과에 따라 연령, 성별, 가구 소득수준, 가구 유형, 어머니의 교육수준과 어머니의 취업 여부에 통제해도 가족식사 여부에 따라 건강 관련 행동의 차이가 있었다. 가족과 함께 식사하지 않은 청소년들은 음주 경험이 있다는 결과의 가능성이 더 높았다. 또한, 음주 여부에 대한 결과와 마찬가지로 가족과 식사를 함께 하지 않는 청소년들은 흡연 경험 가능성이 더 높았다.

가족식사 여부와 정신건강의 관계를 검토한 회귀분석 결과에도 비슷한 패턴을 볼 수 있었다. 아침과 저녁을 가족과 함께 하지 않는 청소년들은 자살 생각을 할 가능성이 더 높았으며 더 높은 스트레스 인지율을 보도하였다.

본 연구의 결과에 따라 가족식사와 청소년 건강 위험 행동, 정신건강의 관계는 한국 사회의 맥락에서도 볼 수 있었으며 가족식사를 촉진하는 것이 청소년들의 건강에 보호요인이 될 수도 있을 것이라 생각된다.

주요어: 청소년, 가족식사, 건강 관련 행동, 음주, 흡연, 자살 생각,
스트레스

학번: 2014-24268

목차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구 배경 및 필요성	1
제 2 절 연구의 목적	4
제 2 장 이론적 틀 및 선행연구 고찰	5
제 1 절 건강의 사회적 결정요인과 청소년기	5
2.1.1. 가족배경과 청소년 건강	7
제 2 절 가족과 함께하는 식사	8
2.2.1. 가족식사의 정의	8
2.2.2. 가족과 함께하는 식사의 중요성 및 추세.....	9
2.2.3. 가족과 함께하는 식사와 가족 결속력	11
제 3 장 연구 방법.....	13
제 1 절 분석 자료	13
제 2 절 연구대상	14
제 3 절 변수의 정의	16
3.3.1. 건강 관련 행동	16
3.3.2. 가족과 함께하는 식사	18
3.3.3. 연구대상자의 특성	20
제 4 절 자료 분석방법	20

제 4 장 결과	22
제 1 절 연구 대상자의 특성	22
4.1.1. 인구사회적 특성	22
4.1.2. 성별과 연령에 따른 건강 관련 행동	25
4.1.3. 가족식사에 따른 건강 관련 행동	28
제 2 절 가족과 함께하는 식사와 청소년 건강 위험 행동	30
4.2.1. 음주 경험 여부	30
4.2.2. 흡연 경험 여부	33
제 3 절 가족과 함께하는 식사와 청소년 정신건강	36
4.3.1. 자살생각 여부	36
4.3.2. 스트레스 인지율	39
제 5 장 결론 및 논의	42
참고문헌	46
Abstract	51

표 목차

<표 1> ‘가족식사’ 변수의 정의	19
<표 2> 연구대상자의 특성	24
<표 3> 청소년의 성별과 연령에 따른 건강 관련 행동	27
<표 4> 가족식사에 따른 특성	29
<표 5> 가족식사와 청소년 음주 경험 여부	32
<표 6> 가족식사와 청소년 흡연 경험 여부	35
<표 7> 가족식사와 청소년 자살 생각 여부	38
<표 8> 가족식사와 청소년 스트레스 인지율	41

그림 목차

<그림 1> 청소년 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인들.....	6
<그림 2> 자료 추출과정 플로우차트.....	15

제 1 장 서 론

제1절 연구 배경 및 필요성

국가의 경제적 및 사회적 개발의 중요한 근거는 인구의 건강상태이며 사회적 배경이 개인과 인구의 건강에 큰 영향을 미친다 (Keleher and MacDougall, 2009). 그러므로 건강과 보건의 의학적, 개인적 측면뿐만 아니라 사회적, 경제적, 정치적 측면으로도 중요한 역할이 있으며 주목 받고 있다. 건강의 사회적 결정요인은 우리가 살고 있는 장소의 조건 및 상황들을 의미하며 질병이나 건강에 영향을 미치는 경제적, 정치적, 문화적, 환경적 및 사회적 요인들이다 (Currie C. *et al.*, 2012). 그 중 하나는 사회의 기반 및 핵심 구조가 되는 가족과 가족 배경이다.

소아와 청소년 건강은 사회적 측면에서 특별히 중요하다. 소아와 청소년기의 인구는 건강에 대한 문제가 상대적으로 적지만 이 시기의 건강 행동, 건강 관련 요인들은 성인 인구 건강의 중요한 요인이다 (Viner *et al.*, 2012). 즉, 성인 인구의 건강문제를 소아·청소년 시기부터 예방하고 해결하기 시작해야 한다.

가족과 가족 배경이 소아·청소년 건강과 건강 관련 행동에 중요한 영향을 미친다. 특히, 식습관 및 비만, 건강 위험 행동 (음주, 흡연 등), 자살 생각 및 시도와 같은 행동과 가족 관련 요인들 간의

연관성이 여러 논문의 결과로 나왔다 (Franko *et al.*, 2008). 부모와 자녀로 구성된 가족에서 부모의 생활 리듬과 습관들이 그들의 아동으로 넘어갈 가능성이 크다 (Chen, Möser and Nayga, 2015). 또한, 가족의 유대감과 의사소통은 자녀의 건강에 영향을 미칠 수 있다. 청소년기에 구성되는 건강 관련 행동은 성인기까지 계속 갈 가능성이 높으므로 특별히 유의해야 한다 (Viner *et al.*, 2012).

기존 연구들에서 청소년 건강과 자주 연관되어 있는 또 다른 가족 요소는 가족결속력이다. 본 연구에서 가족결속력의 측정으로 가족과 함께하는 식사를 선택하였다. 한국을 포함한 현대화된 사회에서 가족이 함께 식사를 할 수 있는 기회가 적어지고 있다는 것으로 보도된다 (Rockett, 2007). 한국의 경우에도 조희금 외(2011) 연구에 따라 가족과 식사하는 사람들의 비율이 감소하고 있다. 그러나, 한국인의 바쁜 일상생활로 인해서 부모와 자녀가 식사하는 시간 외에는 함께 만나고 소통하는데 많은 제약이 있을수 있다. 그러므로 가족식사는 한국 청소년의 건강 관련 행동에 어떤 영향을 미치는지 파악하는 척도로서의 가치가 있다.

가족식사와 청소년 건강에 대한 다양한 외국 연구가 존재하지만 한국의 경우에는 청소년 위험 행동에 대한 연구를 찾을 수 없었으며 정신건강에 대한 연구도 많지 않다. 음주, 흡연, 자살과 스트레스가 큰 문제가 되는 한국에서 가족이 이 현상에 어떤 역할을 하고 있는 것을 파악하는 것은 중요하다.

본 연구에서는 전 국민을 대표하는 국민건강영양조사를 중심으로 가족과 함께하는 식사와 청소년 음주 경험 여부, 흡연 경험 여부, 자살 생각 여부와 스트레스 인지율의 관련성을 분석하였다. 국민건강영양조사는 건강상태나 건강의 의학적 요인을 나타내는 변수 뿐만 아니라 인구학적 및 사회경제적 변수들도 조사되었다는 장점이 있다. 그렇기 때문에 연령, 성별, 가구소득, 교육수준과 근무상태에 대한 정보도 분석할 수 있으며 건강을 사회학적 관점으로도 검토할 수 있다. 본 논문에서도 이러한 장점을 이용하여 국민건강영양조사 데이터를 분석하였다.

본 연구의 구성은 다음과 같다. 제 2 절에서 연구의 목적 및 설문을 알아보았다. 제 2 장에서 연구의 이론적 배경과 틀을 정의하기 위해 건강의 사회적 결정요인 및 가족 배경의 역할에 대한 기존 연구를 검토하였다. 또한, 본 연구의 주제에 직접적으로 연관되어 있는 가족식사와 청소년 건강에 대한 선행 연구를 조사하였다. 다음에 제 3 장에서 분석에 이용한 변수들과 분석 방법을 설명하였다. 제 4 장에서 연구의 결과를 나타내고 설명하였다. 즉, 기술통계분석과 각각의 로짓회귀분석의 결과를 검토하였다. 마지막으로, 제 5 장에서 연구의 결과에 대해 논의하고 결론을 내렸다.

제2절 연구 목적

본 연구에서는 가족 생활에서 식사시간이 자녀 건강에 매우 중요한 역할을 한다는 것부터 시작해서 가족과 함께하는 식사와 청소년의 여러가지 건강 관련 특성을 파악하였다. 즉, 가족이 함께하는 식사 빈도에 따라 청소년의 건강 위험 행동 (음주, 흡연), 정신건강 (자살 생각, 스트레스 인지)의 차별성이 있는지에 대해 국민건강영양조사를 중심으로 분석하였다. 이어서 본 연구의 목적은 아래에 지정된 연구 문제에 대해 알아보는 것에 있다.

- 1) 청소년이 가족과 함께하는 식사 여부로 측정된 가족결속력은 건강 위험행동에 어떠한 영향을 미치는가?
 - a. 가족식사와 음주 경험의 연관성이 있는가?
 - b. 가족식사와 흡연 경험의 연관성이 있는가?

- 2) 청소년이 가족과 함께하는 식사 여부로 측정된 가족결속력은 정신건강에 어떠한 영향을 미치는가?
 - a. 가족식사와 자살 생각 여부의 연관성이 있는가?
 - b. 가족식사와 스트레스 인지 수준의 연관성이 있는가?

제 2 장 이론적 틀 및 선행연구 고찰

제 1 절 건강의 사회적 결정요인과 청소년기

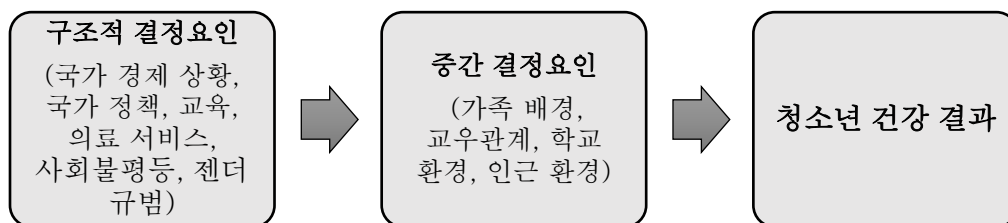
국제보건기구의 정의에 따라 건강의 사회적 결정요인은 사람들이 살고 있고 근무하는 장소의 조건 및 상황들을 의미하며 질병이나 건강에 영향을 미치는 경제적, 정치적, 문화적, 환경적 및 사회적 요인들이다 (WHO, 2003). 또한, 건강 불평등은 건강의 사회적 결정요인에 기인하는데, 이는 한 국가의 내부나 국가와 국가간에서 존재하는 불공평한 건강 상태의 원인이다 (WHO, 2005). 소득수준의 사례로 간단히 말하면, 국가의 발전도나 경제적 상황과는 상관없이 저소득 인구의 건강 관련 지표들이 고소득 인구보다 나쁜 경향을 보인다. 즉, 사회적으로 혜택을 받지 못하는 집단들이 건강상 위험에 더 노출되어 있다 (Currie *et al.*, 2012). 건강의 사회적 결정요인의 중요성이 점점 대두되고 있는 상황에서 건강과 사회적 환경의 관련성에 대한 관심이 점점 높아지고 있다. 이 현상을 보다 깊게 이해하기 위해 수많은 연구가 진행되고 있다 (WHO, 2003).

청소년기는 건강이라는 측면에서 인생의 매우 중요한 시기이다. 흡연, 음주, 식습관, 신체활동 뿐만 아니라 정신건강과 관련된 건강행위가 이 시기에 정해지기 시작하고 성인기의 건강과

건강행위 패턴을 형성하고 결정한다 (Currie *et al.*, 2012). 청소년기에 시작되는 건강 관련 행동은 성인기의 비전염성 질병부담에 크게 기여한다. 따라서 청소년 건강 상태는 전체 인구 상태에 중대한 영향을 미치며 보건 정책적으로도 주목을 받아야 한다 (Sawyer *et al.*, 2012)

청소년기 인구의 건강에도 역시 사회적 결정요인들이 중요한 영향을 미치는 것이다. Viner *et al.* (2012) 의 연구에 따라 청소년 건강의 가장 중요한 사회적 결정요인들은 두 가지 큰 그룹으로 나뉘 수 있다. 구조적 결정요인 (structural determinants)은 국가의 경제 상황, 교육과 의료 서비스 접근, 사회 및 소득불평등과 젠더 규범으로 꼽았다. 중간 결정요인 (proximal determinants)으로는 가족 배경, 교우 관계, 학교 환경 및 인근환경의 역할을 지목하였다. 위에 언급된 결정요인들은 서로 밀접하게 연관되어 있으며 모두 청소년 건강에 커다란 영향을 미친다.

본 연구를 위해 다음 하위 절에서 중간 결정요인 중 하나인 가족 배경이 청소년 건강에 미치는 영향에 대해 자세히 검토하였다.



< 그림 1 > 청소년 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인들

2.1.1. 가족배경과 청소년 건강

청소년기는 부양을 받고 있는 아동기에서 독립적인 어른으로 이행하는 시기이지만 건강 측면에서 가족 요인들은 여전히 중요하다 (Viner *et al.*, 2012). 이 시기에는 가족의 영향은 작아지고 다른 요인의 영향이 더 커지고 있지만 가족의 영향력은 없어지지 않는다 (Viner *et al.*, 2012).

청소년의 건강에 영향을 미치는 중요한 가족 결정요인들은 가족의 사회경제적 지위, 부모 양육 행동, 가족간의 유대감, 부모와의 의사소통, 가족규범, 태도와 부모의 행동 방식이 있다 (Viner *et al.*, 2012). 또 다른 연구에서 안전한 가족 환경, 부모의 양육, 부모와의 의사소통, 강제적이지 않은 규율과 충분한 경제적 지원의 중요성이 강조되었다 (McNeill, 2010).

Hanson and Chen (2007)은 사회경제적 지위와 흡연, 음주, 식습관 및 운동같은 청소년기의 건강관련 행동간의 관계를 조사한 기존의 연구를 분석하였다. 흡연을 제외한 낮은 사회경제적 지위는 대부분의 연구 결과에서 좋지 않은 건강행동과 관련성이 있는것으로 나타났다.

여러 나라 (미국, 브라질, 터키)에서 조사한 연구 결과에 따르면 가족결속력이 큰 가정에서 자란 청소년일수록 건강에 위험한 행위들을 할 확률이 더 적은 것과 더 건강한 생활 습관을 가지고 있다는 것으로 나타났다 (Resnick *et al.*, 1997; Anthegini *et al.*,

2001; Aysun and Esin, 2015). 부모와의 원활한 의사소통은 가족의 보존 요인을 입증하는데 필수적이라고 나타났다. 부모와 의사소통을 규칙적이고 쉽게하는 청소년들은 더욱 좋은 건강상태를 보일 가능성이 큰 것으로 밝혀졌다 (Curie C. *et al.*, 2012). 또한, 가족규범과 태도도 영향력이 있으며 부모의 건강행동이 자녀의 행동에 영향을 미칠 수 있다 (Viner *et al.*, 2012). 즉, 청소년기의 건강 행동과 건강 상태에 가장 중요한 것 중 하나는 가족생활 및 가족결속력이다.

제 2 절 가족과 함께하는 식사

2.2.1. 가족식사의 정의

가족식사는 기존연구에서 다양한 방식으로 정의된다. 가족과 함께하는 저녁식사의 중요성을 강조하는 연구들도 있으며 (Fulkerson *et al.*, 2006; Rocket, 2007; Sen, 2010) 식사 종류를 고려하지 않고 가족과 함께하는 모든 식사를 검토하는 연구들도 있다 (Eisenberg *et al.*, 2004; Fiese and Schwartz, 2008; Cason, 2006; Franko *et al.*, 2008; Utter *et al.*, 2013). 또 다른 연구들은 아침과 저녁식사로 집중한다 (배희분 외, 2013; 이현아 · 최인숙, 2013; 성순정 · 권순자, 2010; Larson *et al.*, 2013). 가족식사와

관련된 한국 연구들은 어머니와 아버지와 함께하는 식사도 구별하고 검토한다 (배희분 외, 2013; 이현아 · 최인숙, 2013; 성순정 · 권순자, 2010).

식사할 때 참석하고 같이 먹는 가족구성원의 수에 관련하여 주로 두 가지 연구가 있다. „가족구성원 다, 아니면 여러 명”이나 “온 가족”으로 정의하는 연구들이 있으며 (Fulkerson *et al.*, 2006; Larson *et al.*, 2013; 성순정 · 권순자, 2010) 가족구성원 2명 이상 식사를 함께하는 것으로 정의하는 연구들도 있다 (Sen, 2010; 이현아 · 최이숙, 2013).

본 연구에서는 분석 자료에서 지정된 „최근 1년동안 대체로 가족 (가족 중 한사람 이상)과 함께 식사하셨습니까? 끼니별로 답해 주십시오.”라는 설문조사 질문 때문에 가족 중 한사람 이상과 함께 식사하는 것을 가족식사로 정의하였으며 아침식사와 저녁식사 여부를 검토하였다.

2.2.2. 가족과 함께하는 식사의 중요성 및 추세

산업화와 근대화가 가족생활 및 가족구조의 많은 변화를 가져왔다. 가족구조가 확대가족에서 핵가족으로 변했을 뿐만 아니라 가족구성원들이 같이 보낼 수 있는 시간도 줄이고 식생활, 즉 가족구성원들이 같이 먹는 식사도 많이 바뀌었다 (이기완 · 조용주, 2007). 재료를 구하기, 음식 준비하기와 함께 식사하기가 인류의

기본 일상이었으며 가족이나 집단의 유대감과 결속력에 중요하였다 (배희분 외, 2013).

그러나, 부모의 긴 근무시간과 자녀의 학교와 학원에서 보내는 학습시간 때문에 함께 식사를 할 시간을 찾기가 쉽지 않은 것일 수도 있다. 한국은 긴 근무시간과 학습시간으로 특별히 잘 알려져 있다. 경제 협력 개발 기구 (OECD)에 의하면 한국의 근무시간과 학습시간이 세계의 가장 긴 시간 중 하나다 (OECD, 2015). 특히, 고등학생들이 학교에서 보내는 시간이 많다.

본 연구의 바탕이 된 제5기 국민건강영양조사 (2010~2012년)에 따라 한국인의 60% 가 가족과 함께 먹었으며 72%가 저녁을 함께 먹었다. 그러나, 청소년 연령 인구의 가족과 함께하는 식사 비율은 더 낮았다. 만 12~18 세 청소년의 55%가 아침을, 60%가 저녁을 가족 중 한사람 이상과 함께 한다는 것으로 조사되었다 (질병관리본부/국민건강영양조사, 2012).

한국 생활시간조사 자료를 중심으로 가족이 함께하는 식사시간과 영향요인을 분석한 조희금의 연구에 따라 가족과 함께 먹는 한국인의 비율이 점차 감소하고 있다. 따라서 1999 년의 84.6%에서 2004 에 80.8%로, 2009 년에 79%로 감소하였다 (조희금 외, 2011).

가족과 함께하는 식사는 여러가지 건강 관련 특성과 유의미한 연관성이 있다는 것으로 보도되었다. 예컨대 잘 된 영양섭취상태와 더 건강한 식습관 (Neumark-Sztainer *et al.*, 2003; Gillman *et al.*,

2000), 더 낮은 우울증상과 위험 행동 (Utter *et al.*, 2013; Eisenberg *et al.*, 2004). 게다가, 더 좋은 가족 상호작용 (Neumark-Sztainer *et al.*, 2004), 더 높은 학문 업적 (Eisenberg *et al.*, 2004), 더 높은 삶의 만족도 (배휘분 외, 2013)와 주관적 정신 및 신체 건강 (성순정 & 권순자, 2010)과의 연관성에 대한 결과가 보도되었다.

2.2.3. 가족과 함께하는 식사와 가족 결속력

가족의 하나의 의례로도 정의되는 가족식사와 가족식사와 관련된 활동, 즉 재료와 음식 준비 등, 역사적으로 온 세계의 문화에 가족 생활의 중대한 일상이다 (Gibbs and Miranda, 2006). 가족적으로 의례나 일상을 따르다는 것이 가족구성원들의 화합을 증명할 수 있다 (Compan *et al.*, 2002). 가족과 함께 식사를 하면서 가정의 독자성 및 문화가 강화되며 젊은 세대에 전해진다 (Gibbs and Miranda, 2006; Fulkerson *et al.*, 2006). 게다가, 개인적인 측면에는 가족 의례가 개인의 심리적 발달과 정신적 발달에 커다란 역할이 있으며 (Compan *et al.*, 2002) 특히 청소년 자녀의 발달에 큰 영향을 미친다 (Gibbs and Miranda, 2006; Fulkerson and Neumark-Sztainer, 2006). 가족과 함께 식사를 하면 자녀가 안전한 환경을 느끼기 위해 필요한 요인, 즉 구조, 의사소통,

일체감과 유대감이 강력해질 수 있다 (Fulkerson and Neumark-Sztainer, 2006; Cason, 2006).

또한, 가족구성원들이 함께 보내는 시간을 검토하는 것이 가족관계의 질 및 가족결속력의 하나의 지표가 될 수 있다 (Fulkerson et al., 2006) 가족식사를 하면서 구성되는 가족 유대감과 정체는 자녀의 건강한 발달의 한 원인이 될 수 있다 (Fulkerson et al., 2006).

뉴질랜드에서 수행된 한 연구에는 가족관계력을 측정하는 요소들과 가족식사의 연관성이 확인되었다. 이에 따라 가족 유대감, 부모의 감독과 부모와의 의사소통이 모두 가족식사 빈도와 유의미한 연관성을 보였다 (Utter et al., 2013). 따라서, 가족식사는 위에 언급된 요인들을 통해 자녀의 건강 관련 특성에 영향을 미치며 근본적인 원인이 될 수 있다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 분석 자료

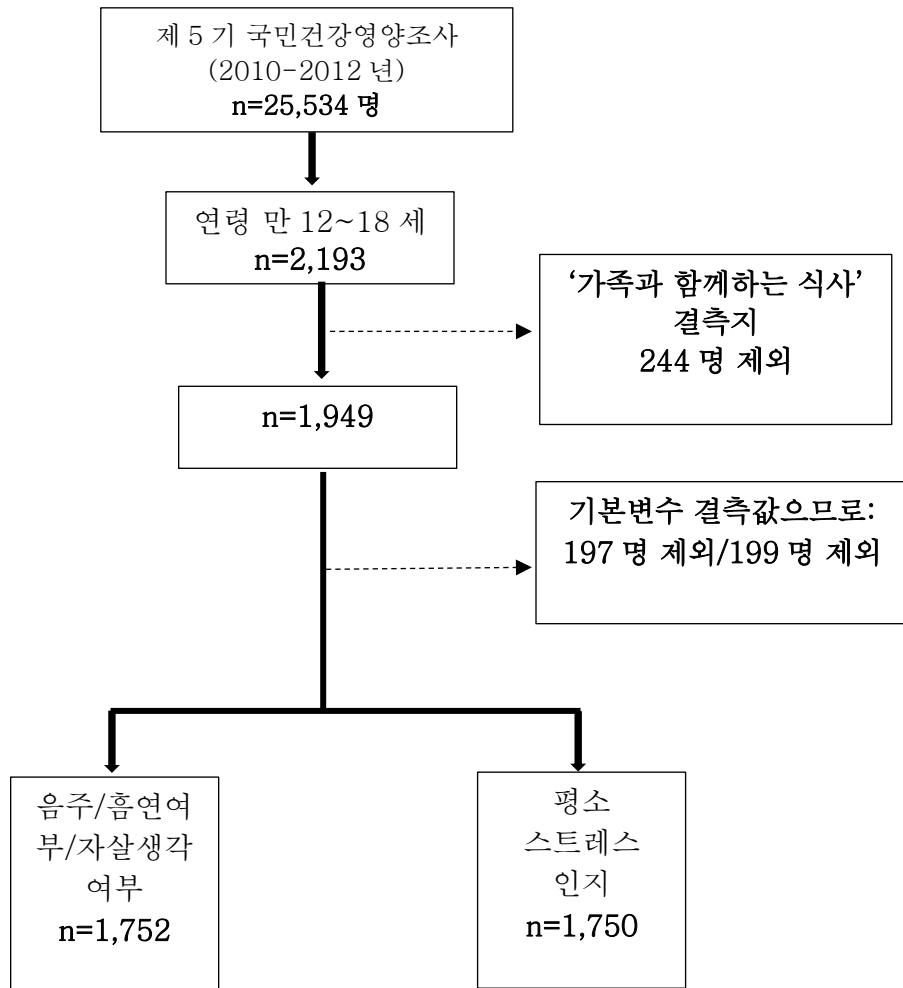
본 연구는 질병관리본부(KCDC)에서 조사한 제 5 기 국민건강영양조사 1 차년도 (2010), 2 차년도 (2011) 및 3 차년도 (2012) 원시자료를 이용하여 분석하였다. 국민건강영양조사는 1998 년부터 대한민국 국민들의 건강 및 영양 실태를 파악하기 위해 수행되고 있으며 정책적 방향을 세우고 평가할 역할 뿐만 아니라 국제기구 (세계보건기구, 경제협력개발기구 등)에서 요청하는 통계자료를 제공하는데에도 중요한 통계자료이다. 제 4 기 (2007-2009) 조사부터 순환표본조사(Rolling Sampling Survey) 방식이 도입하여 검진조사, 건강설문조사 및 영양조사 부분으로 나누어 매년 전국을 대표하는 192 개 지역, 20 가구의 만 1 세 이상 가구원 약 1 만명을 선택해서 조사한다 (질병관리본부, 2016).

국민건강영양조사는 개인과 가구 통계로도 실행하여 건강설문조사, 영양조사, 검진조사 외에는 가족에 대한 특성도 파악할 수 있는 장점이 있다. 가구원수, 가구소득수준, 결혼상태, 가족 주택형태, 어머니/아버지에 대한 정보가 조사되어서 개인 뿐만 아니라 가족의 수준으로도 자료를 분석하기가 가능하다. 즉, 개인뿐만 아니라 가족구성원들의 건강에 대해서도 이해할 수 있다.

본 연구의 연구대상은 만 12~18 세 청소년이며 초점은 식생활조사 부분의 가족과 함께하는 식사여부, 건강행태조사 부분의 음주 경험여부, 흡연 경험여부, 평소 스트레스 인지, 자살 생각여부에 대한 정보이다. 또한, 건강설문조사 부분의 가구에 대한 정보를 통해 가구 소득수준, 가구 구성, 어머니의 교육수준, 어머니의 경제활동 변수를 분석에 사용했다.

제 2 절 연구대상

본 연구는 제 5 기 「2010 년 국민건강영양조사」, 「2011 년 국민건강영양조사」와 「2012 년 국민건강영양조사」 기본 데이터 베이스를 결합해서 참여한 만 12~18 세 청소년 2,193 명을 분석대상자로 뽑았다. 그러나, 2,193 명 중 ‘가족과 함께 먹는 식사’에 대한 관측이 존재하지 않은 244 명을 제외하였으며 기본변수인 음주경험여부, 흡연경험여부, 자살생각여부에 대한 관측이 없는 197 명을 제외하였다. 이러한 과정을 통해 1,752 명을 최종 분석대상으로 선정하였다. 또한, 스트레스인지에 대한 분석에서 결측값이 또 존재했으므로 총 1,750 명이 선정되었다.



< 그림 2 > 자료 추출과정 플로우차트

제 3 절 변수의 정의

3.3.1. 건강 관련 행동

본 연구에서 청소년의 건강 관련 행동을 측정하기 위해 네 가지 종속변수를 이용하였다. 청소년의 음주 경험 여부와 흡연 경험 여부를 건강위험행동의 지표로 사용하였으며 자살생각여부와 평소 스트레스 인지는 정신건강의 지표로 이용하였다. 변수들의 자세한 사항 및 내용은 다음과 같다.

① 음주 경험 여부

국민건강영양조사의 건강설문조사 부분에서 조사된 “평생 음주 경험” 변수를 사용하였다. 조사에 따라 ‘지금까지 살아오면서 1 잔 이상의 술을 마신 적이 있습니까? *제사, 차례 때 몇 모금 마셔본 적은 제외합니다*’ 라는 질문에 선택지는 “1. 술을 마셔본 적 없음 2. 있음” 의 척도로 되어 있다. 로짓 회귀분석에서 “음주 경험 여부” 를 임시변수로 만들어 사용하였다.

② 흡연 경험 여부

건강설문조사에서 성인과 청소년의 흡연 습관이 따로 측정되었다. 본 연구에서 청소년의 흡연 경험을 파악하기 위해 “담배 한두 모금 피운 경험”이라는 변수를 이용하였다. “지금까지 담배 한 두 모금이라도 피워 본 적이 있습니까?”라는 질문에 “1. 지금까지 없음 2. 있음”이라는 선택지가 있었다. 로짓 회귀분석에서 “담배 한 두 모금 피운 경험”을 임시변수로 만들어 사용하였다.

③ 자살 생각 여부

건강설문조사 정신건강 부분의 „1 년간 자살 생각 여부” 변수를 사용하였다. „최근 1 년동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?”라는 질문에 답변 „1. 예 2. 아니오”라는 항목이 있었다. 자살 시도에 대한 설문도 있었지만 결측치 값이 많아서 본 연구에서 제외되었다. 로짓 회귀분석에서 „1 년간 자살 생각 여부”를 임시변수로 만들어 사용하였다.

④ 스트레스 인지율

정신건강에 대한 설문 중 “평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?” 라는 질문으로 “평소 스트레스 인지 정도”가 측정되었다. “1. 대단히 많이 느낀다 2. 많이 느끼는 편이다 3. 조금 느끼는 편이다 4. 거의 느끼지 않는다” 라는 선택지 중 “1. 대단히 많이 느낀다”와 “2. 많이 느끼는 편이다”를 통합해서 본 연구에서는 1. 많이 느낀다 2. 조금 느끼는 편이다 3. 거의 느끼지 않는다, 세 가지 범주로 스트레스 인지 정도를 측정하였다.

3.3.2. 가족과 함께하는 식사

본 연구의 독립변수는 국민건강영양조사의 식생활조사 부분에서 조사된 '가족과 함께 아침식사 여부'와 '가족과 함께 저녁식사 여부'를 사용하였다. 가족과 함께하는 식사를 가족결속력을 지표하는 대리변수 (代理變數, proxy variable)로 뽑았다.

설문에서 „최근 1년동안 대체로 가족(가족 중 한사람 이상)과 함께 식사하십니까? 끼니별로 답해 주십시오.” 라는 질문에 아침식사, 점심식사, 저녁식사에 대해서 각각 „1. 예 2. 아니오” 라는 응답이 있었다. 본 연구의 표본, 즉 만 12~18 세 청소년

대부분은 (1,737 명 / 99.14%) 점심식사를 가족과 함께 먹지 않았다. 따라서 본 연구에서는 아침식사와 저녁식사만 독립변수로 선정하였다.

'아침식사'와 '저녁식사' 두개의 변수를 하나로 통합해서 '가족식사'라는 그룹 변수를 만들었다. 함께 식사를 한다면 1을, 함께 식사를 하지 않는다면 0으로 표기하였다. 즉, 아침 식사와 저녁 식사 모두를 가족과 함께 하는 그룹을 < 1 - 1 > 로 정의하였으며 아침 식사와 저녁 식사를 가족과 함께 하지 못하는 그룹을 < 0 - 0 > 으로 정의하였다. 또한, 아침 식사는 함께 하지만 저녁 식사를 함께 못하는 그룹은 < 1 - 0 >으로, 아침 식사를 함께 하지 않지만 저녁 식사를 함께하는 그룹은 < 0 - 1 >로 지정하였다. 따라서 가족결속력을 지표하는 '가족식사' 변수는 총 4 가지의 값을 가진다.

< 표 1 > '가족식사' 변수의 정의

	아침을 함께 먹는다	아침을 함께 먹지 않는다
저녁을 함께 먹는다	< 1 - 1 >	< 0 - 1 >
저녁을 함께 먹지 않는다	< 1 - 0 >	< 0 - 0 >

3.3.3. 연구대상자의 특성

기존연구에 따라 청소년 건강과 건강 관련 행동에 영향을 미칠 수 있는 인구사회적 변수와 가족의 사회경제적 지위를 표시하는 변수를 통제변수로 선정하였다. 즉, 연령 (중학교 만 12~15 세/고등학교 만 16~18 세), 성별, 가구 소득 수준 (하/중하/중상/상), 가구 유형 (부모 모두와 함께 산다/편부모와 함께 산다), 어머니의 교육 수준 (중졸 이하/고졸/대졸 이상), 어머니의 취업여부 (취업/비취업) 변수를 통제변수로 하였다. 아버지의 사회경제적 특성에 대한 변수들은 결측치가 많으므로 연구에서 제외하였다.

제 4 절 분석 방법

연구 대상자의 일반적 특성을 빈도와 백분율로 기술하였다. 다음에 청소년의 연령과 성별에 따른 건강행위와 건강상태 지표를 파악했으며 카이 스퀘어 (Chi-square) 검증을 통해 차이에 대한 유의성을 분석하였다. 다음에 가족과 함께 하는 식사와 청소년의 건강행위와 건강상태 지표를 알아보고 유의성을 카이 스퀘어 검정을 통해 파악하였다.

회귀분석을 4 개로 나누어 실행하였다. 청소년의 음주 경험 여부, 흡연 경험 여부, 자살 생각 여부와 가족 식사와의 관련성을

파악하기 위해 이원 로지스틱 회귀분석 (binary logistic regression)을 실행하였다. 스트레스 인지와 가족 식사의 관련성을 알아보기 위해 서수 로지스틱 회귀분석 (ordered logistic regression)을 실행하였다.

인구 및 가족의 사회경제적 지위에 대한 변수를 투입하여 모든 회귀분석을 네 가지 모형으로 실행하였다. 모형 1 에서 종속변수와 독립변수만 투입하였으며 모형 2 에서 성별과 연령, 모형 3 에서 가구 소득수준과 가구유형, 마지막으로 모형 4 에서 어머니의 교육수준과 어머니의 취업여부에 대한 변수를 투입하여 회귀분석을 실행하였다. 각 수준별 교차비 (OR, odds ratio)와 95% 신뢰구간 (CI, Confidence Interval)을 산출하였다. 모든 통계 분석은 Stata 13.0 통계 프로그램을 이용하였으며 p 값이 0.05 이하에 통계적으로 유의하다는 것으로 분석하였다.

제 4 장 결과

제1절 연구대상자의 일반적 특성

4.1.1. 연구대상자의 인구사회적 특성

본 연구의 대상자인 만 12~18 세 1,752 명 청소년의 일반적 특성을 <표 2>에서 나타냈다. 연구대상자의 66.32%는 중학교 (만 12~18 세) 연령이었으며 33.68%는 고등학교 (만 16~18 세) 연령이었다. 성별은 53.88%는 남자였고 46.12%는 여자였다. 대상자의 44.75%의 거주지역은 서울이나 경기도였으며 25.91%는 대한민국의 기타 큰 도시에 살았다. 29.34%는 지방지역의 거주자였다.

연구 대상자들의 가족과 관련된 특성을 고려하면 가구 소득수준이 하가 12.12%, 중하가 24.19%, 중상이 30.54%, 상이 33.14%로 조사되었다. 연구 대상자의 87.56%가 부모 모두와 함께 살았으며 12.44%가 편모나 편부와 함께 살았다.

사회경제적 지위를 보다 정확하게 나타내기 위해 어머니의 교육수준과 어머니의 취업여부를 파악하였다. 연구대상자 1,547 명 중 9.31%는 어머니는 중학교 졸업 이하의 교육을 받았으며 56.43%는 고등학교를 졸업하였다. 대학교 졸업이나 그 이상의 교육을 받은

자는 34.26%였다. 연구 대상자 어머니의 59.99%가 취업했으며 40.01%가 전업주부였다.

연구 대상자의 55.25%가 대체로 가족과 함께 아침을 먹다고 응답했고 44.75%가 가족과 함께 먹지 않았다. 저녁식사는 59.93%가 가족과 함께 하였으며 40.07%가 가족과 함께 먹지 않았다.

<표 2> 연구대상자의 특성		N (%)
연령 (n=1,752)		
중학교 (12~15)		1,162 (66.32)
고등학교 (16~18)		590 (33.68)
성별 (n=1,752)		
남자		944 (53.88)
여자		808 (46.12)
지역 (n=1,752)		
서울/경기도		784 (44.75)
기타 도시		454 (25.91)
기타 지방		514 (29.34)
가구 소득 수준 (n=1,732)		
하		210 (12.12)
중하		419 (24.19)
중상		529 (30.54)
상		574 (33.14)
가구 유형 (n=1,575)		
부모 모두		1,379 (87.56)
편부/편모		196 (12.44)
어머니의 교육수준 (n=1,547)		
중졸 이하		144 (9.31)
고졸		873 (56.43)
대졸 이상		530 (34.26)
어머니의 취업여부 (n=1,547)		
취업		928 (59.99)
비취업		619 (40.01)
가족과 함께하는 아침 (n=1,752)		
예		968 (55.25)
아니오		784 (44.75)
가족과 함께하는 저녁 (n=1,752)		
예		1,050 (59.93)
아니오		702 (40.07)

4.1.2. 연구대상자의 성별 및 연령에 따른 건강 관련 행동

만 12~18 세 청소년 연구대상자의 성별과 연령에 따라 음주 경험 여부, 흡연 경험 여부, 자살 생각 여부와 스트레스 인지율에 대한 차이를 카이제곱 검정으로 파악하고 분석하여 < 표 3 >에 제시하였다.

전체 표본의 경우에는 대상자 대부분이 음주 (71.23%)나 흡연 경험 (85.27%)이 없다고 응답했으며 자살 생각 여부는 87.04%가 ‘안한다’ 라고 조사되었다. 스트레스 인지율은 24.4%가 스트레스를 많이, 60.69% 조금 느꼈으며 14.91%는 거의 느끼지 않았다는 결과가 나왔다.

음주 경험 여부 외에는 성별에 따라 건강 관련 특성의 유의미한 차이가 있었다. 음주 경험 여부는 큰 차이가 없었으며 남자 대상자가 음주 경험이 있다는 가능성이 조금 더 높았다 (남자: 29.87%, 여자: 27.48%).

흡연 경험 여부의 경우에는 남자 대상자가 흡연 경험이 있다는 비율이 훨씬 높았으며 (남자: 20.02%, 여자: 8.54%) 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다 ($p<0.001$).

정신건강을 제시하는 자살 생각 여부와 스트레스 인지율은 둘 다 여자의 경우에 더 호의적이지 않은 것으로 나왔다. 여자가 자살 생각을 하는 가능성이 더 높았으며 (남자: 8.26%, 여자: 18.44%) 차이가 통계적으로 유의미하였다 ($p<0.001$). 스트레스 인지율은

역시 여자 대상자인 경우에 더 많이 느낀다는 가능성이 높았다 ($p<0.001$). ‘많이 느낀다’ 라고 남자 응답자가 20.57%이었으며 여자는 28.87%이었다. 반대로 ‘거의 느끼지 않는다’ 응답자의 더 큰 비율을 남자였다 (17.39%, 여자: 12.02%).

연령에 대한 차이를 고려했을 때 중학교 (12~15 세)와 고등학교 (16~18 세) 대상자를 비교하였다. 건강 위험 행동, 즉 음주와 흡연 경험 여부는 모두 고등학교 연령 집단의 경우에 경험이 있다는 가능성이 더 높았다 ($p<0.001$). 즉, 고등학생 56.78%에 비해 중학생 14.54%가 음주 경험이 있다고 대답하였으며 고등학생 24.42%에 비해 중학생 9.29%가 흡연 경험이 있다는 것으로 조사되었다.

자살 생각 여부는 연령과 유의미한 차이가 없었다 ($p=0.403$). 12~15 세와 16~18 세 집단이 자살 생각을 하는 가능성이 비슷하였다 (12.48%와 13.9%).

스트레스 인지율은 고등학교 연령 집단이 더 많이 느낀다는 것으로 제시하였다 ($p=0.038$). 즉, 고등학교 연령의 27.67%에 비해 중학교 연령의 22.74%가 스트레스를 많이 느낀다고 응답했으며 고등학교 연령의 12.9%에 비해 중학교 연령 집단의 15.93%가 스트레스를 거의 느끼지 않았다고 대답하였다.

< 표 3 > 청소년의 성별과 연령에 따른 건강 관련 행동						
변수	전체	남자	여자	p-value	중학교 (만 12~15 세)	고등학교 (만 16~18 세)
N (%)						
음주 경험 여부 (n=1,752)						
없음	1,248 (71.23)	662 (70.13)	582 (72.52)	0.269	993 (85.46)	255 (43.22)
있음	504 (18.77)	282 (29.87)	222 (27.48)		169 (14.54)	335 (56.78)
흡연 경험 여부 (n=1,752)						
없음	1,494 (85.27)	755 (79.98)	739 (91.46)	<0.001	1,054 (90.71)	440 (74.58)
있음	258 (14.73)	189 (20.02)	69 (8.54)		108 (9.29)	150 (24.42)
자살 생각 (n=1,752)						
예	227 (12.96)	78 (8.26)	149 (18.44)	<0.001	145 (12.48)	82 (13.90)
아니오	1,525 (87.04)	866 (91.74)	659 (81.56)		1,017 (87.52)	508 (86.10)
스트레스 인지율 (n=1,750)						
많이 느낀다	427 (24.40)	194 (20.57)	233 (28.87)		264 (22.74)	163 (27.67)
조금 느끼는 편이다	1,062 (60.69)	585 (62.04)	477 (59.11)	<0.001	712 (61.33)	350 (59.42)
거의 느끼지 않는다	261 (14.91)	164 (17.39)	97 (12.02)		185 (15.93)	76 (12.90)

4.1.3. 연구대상자의 가족식사에 따른 건강 관련 행동

대상자의 가족식사에 따른 사회인구적 및 건강 관련 특성을 파악하기 위해 <표 4>에 나타난 결과를 분석하였다. 가족과 함께 먹는 식사 네 그룹과 성별, 연령, 음주 경험, 흡연 경험, 자살 생각, 스트레스 인지와 체중상태를 알아보았다. 성별에 대한 차이가 통계적으로 유의미하지 않았지만 ($p=0.323$) 나머지 요인들은 모두 유의미하게 나왔다 ($p<0.001$).

즉, 중학교 연령의 대상자의 49.4%에 비해 고등학교 연령의 대상자의 14.4%만 아침과 저녁 모두를 가족과 함께 먹었다. 아침과 저녁을 가족과 함께 하지 않은 중학생들의 비율은 13.5%로 나왔으며 고등학생의 경우에는 40%였다.

다음 단계에서 청소년의 건강 위험 행동, 즉 음주 및 흡연 경험을 가족과 함께하는 식사에 따라 파악하였다. 가족과 아침과 저녁식사를 모두 함께 먹는 < 1- 1 > 그룹에서 음주 경험이 있는 대상자의 비율을 15.48%였으며 흡연 경험이 있는 대상자의 비율은 7.59%였다. 이에 반해 아침과 저녁 모두 가족과 함께 먹지 않은 < 0 - 0 > 그룹의 50.13%가 음주 경험이 있다는 것으로 조사되었으며 23.66%가 흡연 경험이 있다고 응답하였다.

정신 건강을 자살 생각과 스트레스 인지율으로 측정하였으며 가족과 함께하는 식사와 두 변수 간의 관계가 유의미하는 것으로 나왔다 ($p=0.003$ 와 $p<0.001$). 지난 1 년 동안 자살 생각을 했다고 응답한

대상자의 9.41%가 모든 식사를 가족과 함께 하였는데 에 비해 16.03%가 가족과 식사를 함께 하지 않았다.

가족 식사와 스트레스 인지의 관계를 나타내는 결과에 따라 < 1 - 1 > 그룹의 경우에 스트레스를 많이 느낀다고 대답한 대상자는 19.73%였다. 대상자의 < 0 - 0 > 그룹의 경우에는 스트레스를 많이 느끼는 응답자의 비율은 32.57%로 조사되었다.

< 표 4 > 가족식사에 따른 특성 및 건강 관련 행동

변수	< 1 - 1 >	< 1 - 0 >	< 0 - 1 >	< 0 - 0 >	N (%)	p-value
성별 (n=1,752)						
남자	353 (37.39)	179 (18.96)	199 (21.08)	213 (22.56)		0.323
여자	306 (37.87)	130 (16.09)	192 (23.76)	180 (22.28)		
연령 (n=1,752)						
중학교(만 12~15 세)	574 (49.40)	162 (13.94)	269 (23.15)	157 (13.51)		<0.001
고등학교(만 16~18 세)	85 (14.41)	147 (24.92)	122 (20.68)	236 (40.00)		
음주 경험 (n=1,752)						
없음	557 (84.52)	211 (68.28)	284 (72.63)	196 (49.87)		<0.001
있음	102 (15.48)	98 (31.72)	107 (27.37)	197 (50.13)		
흡연경험 (n=1,752)						
없음	609 (92.41)	265 (85.76)	320 (81.84)	300 (76.34)		<0.001
있음	50 (7.59)	44 (14.24)	71 (18.16)	93 (23.66)		
자살 생각 (n=1,752)						
예	62 (9.41)	39 (12.62)	63 (16.11)	63 (16.03)		0.003
아니오	597 (90.59)	270 (87.38)	328 (83.89)	330 (83.97)		
스트레스 인지 (n=1,750)						
많이 느낀다	130 (19.73)	76 (24.60)	93 (23.91)	128 (32.57)		<0.001
조금 느끼는 편이다	417 (63.28)	194 (62.78)	235 (60.41)	216 (54.96)		
거의 느끼지 않는다	112 (17.00)	39 (12.62)	61 (15.68)	49 (12.47)		

제 2 절 가족과 함께하는 식사와 청소년 건강 위험 행동

4.2.1. 음주 경험 여부

<표 5>에 가족식사와 청소년 음주경험의 연관성에 대한 로짓 회귀분석 결과를 수록하였다. 모형 1은 청소년의 음주 경험 여부를 종속변수로, 가족식사 여부를 독립변수로 하여 실행하였다. 모형 2에서는 성별과 연령 변수를 추가하였으며 모형 3은 가정에 대한 변수, 즉 가구 소득수준과 가구 유형을 통제변수로 하였다. 마지막으로, 모형 4에서는 어머니의 사회경제적 지위를 나타내는 교육수준과 취업여부 변수를 추가하였다.

모형 1의 경우에는 가족식사와 청소년 음주경험의 관계가 통계적으로 유의미하다고 나타났다 ($p < 0.001$). 가족 아침과 저녁 모두 함께 먹는 < 1 - 1 > 기준 (referent) 그룹보다 아침만 같이 먹는 < 1 - 0 > 그룹의 음주 경험 오즈비는 2.53 (1.84-3.49), 저녁만 함께 먹는 < 0 - 1 > 그룹의 오즈비는 2.05 (1.51-2.79), 아침과 저녁 모두 함께하지 않은 < 0 - 0 > 그룹의 오즈비는 5.49 (4.11-7.32)이었다. 즉, 가족과 아침과 저녁 식사 모두 함께 먹는 청소년보다 함께 먹지 않은 청소년의 음주경험 가능성이 높았다. 이러한 < 1 - 1 > 군과 < 0 - 0 >에 대한 차이는 모형 1-4에서 모두 유사하게 높은 것으로 나타났으며 통계적 유의성이 유지되었다. 그러나, 한 끼 식사만 함께 먹는 그룹의 결과는 모형 2, < 0 - 1 >

군 (OR 1.46, 95% CI 1.05-2.03; $p<0.05$) 외에 통계적 유의성이 없었다.

성별에 대한 유의미한 차이가 없었지만 연령에 대한 차이가 모형 2-4 에 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 따라서, 12~15 세 깃준군보다 16~18 세 군이 음주 경험이 있다는 가능성이 높았다 ($p<0.001$). 오즈비는 모형 2 에 6.21 (4.85-7.95), 모형 3 에 6.75 (5.15-8.84), 모형 4 에 6.25 (4.72-8.27)으로 나타났다.

가족 배경에 대한 가구 소득수준과 가구 유형 변수들과 청소년 음주 경험 여부 간의 연관성이 통계적으로 의미 있지 않았으며 어머니의 교육수준과 취업 여부는 유의미하였다. 중학교 이하 졸업한 어머니의 자녀보다 대학교 졸업 이상의 학업성취를 도달한 어머니 자녀의 음주 경험 가능성이 낮았으며 통계적으로 유의미한 차이를 보였다 (OR 0.42, 95% CI 0.25-0.68; $p<0.001$). 또한, 어머니가 직장을 다니는 그룹보다 직장을 다니지 않은 그룹의 음주 경험 가능성이 통계적으로 유의미하게 낮았다 (OR 0.7 95% CI 0.53-0.92; $p<0.05$).

<표 5> 가족식사와 청소년 음주경험 여부

	Model 1 (OR, 95% CI) n=1,752	Model 2 (OR, 95% CI) n=1,752	Model 3 (OR, 95% CI) n=1,561	Model 4 (OR, 95% CI) n=1,483
가족식사				
< 1 - 1 >	referent	referent	referent	referent
< 1 - 0 >	2.53 (1.84-3.49)***	1.30 (0.91-1.86)	1.18 (0.81-1.72)	1.24 (0.84-1.84)
< 0 - 1 >	2.05 (1.51-2.79)***	1.46 (1.05-2.03)*	1.26 (0.87-1.80)	1.35 (0.92-1.96)
< 0 - 0 >	5.49 (4.11-7.32)***	2.58 (1.86-3.57)***	2.13 (1.49-3.03)***	2.21 (1.52-3.2)***
성별				
남자		referent	referent	referent
여자		0.82 (0.65-1.04)	0.84 (0.65-1.08)	0.87 (0.67-1.13)
연령				
12~15		referent	referent	referent
16~18		6.21 (4.85-7.95)***	6.75 (5.15-8.84)***	6.25 (4.72-8.27)***
가구 소득수준				
하			referent	referent
중하			1.05 (0.64-1.73)	1.05 (0.61-1.81)
중상			1.03 (0.63-1.7)	1.15 (0.66-2.00)
상			0.83 (0.51-1.37)	1.05 (0.60-1.83)
가구 유형				
부모 모두			referent	referent
편부/편모			1.18 (0.8-1.73)	0.99 (0.65-1.49)
어머니 교육수준				
중졸 이하				referent
고졸				0.68 (0.44-1.06)
대졸 이상				0.42 (0.25-0.68)***
어머니 취업 여부				
취업				referent
비취업				0.7 (0.53-0.92)*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

4.2.2. 흡연 경험 여부

가족식사와 청소년 흡연 경험 여부의 관련성에 대한 결과는 < 표 6 >에 나타났다. 모형 1-4 는 위에 음주 경험 여부에 대한 로짓 회귀분석과 똑같은 방식으로 설계하였다.

모형 1 에 따라 기준 < 1 - 1 > 아침과 저녁 식사를 모두 가족과 함께하는 군보다 < 1 - 0 > (OR 2.02, 95% CI 1.31-3.1; $p < 0.01$), < 0 - 1 > (OR 2.7, 95% CI 1.83-3.97; $p < 0.001$), < 0 - 0 > (OR 3.77, 95% CI 2.60-5.46; $p < 0.001$) 그룹 모두의 흡연 경험 가능성이 높았으며 통계적으로 유의하였다. 즉, 식사를 모두 가족과 함께 먹는 청소년보다 식사 한 끼나 식사를 아예 함께 먹지 않은 청소년의 흡연 경험 가능성이 더 높았다. < 1 - 0 > 그룹 외에는 이러한 결과는 모형 1-4 에서 모두 유사하게 통계적으로 유의하게 나타났다. 이 결과는 흡연 경험에 있어 가족과 함께하는 아침 식사는 저녁 식사보다 더 중요한 역할이 있다는 것을 표시한다.

흡연 경험에 있어 성별과 연령의 차이가 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 여자보다는 남자, 12~15 세 연령 집단보다는 16~18 연령 집단이 흡연 경험이 있다는 가능성이 높았다 (모두 $p < 0.001$).

다음에 가족 배경과 관련된 변수의 역할을 살펴보았다. 가구 소득수준에 대한 차이가 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았지만 가구유형에 대한 차이가 유의하였다. 모형 3 과 모형 4 에서

부모 모두와 같이 사는 청소년보다 부모 한명만 함께 사는 청소년이 흡연 경험 가능성이 있다는 것이 더 높았다. 모형 4에서 오즈비는 1.83 (1.19-2.79; $p<0.01$), 모형 4에서 오즈비는 1.81 (1.15-2.85) 비슷하게 나타났지만, 모형 4의 p -값이 더 높았다 ($p<0.05$). 어머니의 교육수준은 중졸 이하 기준과 고졸 그룹의 차이가 통계적으로 유의미하지 않았지만 대학교 졸업 이상 그룹과의 차이는 유의미하였다. 즉, 어머니가 중학교 졸업 이하인 청소년보다 어머니가 대학교 이상 졸업했던 청소년의 흡연 경험 가능성이 낮았다 (OR 0.55, 95% CI 0.31-0.97; $p<0.05$). 어머니가 취업/비취업인지에 따라 통계적으로 의미가 있는 차이가 나타나지 않았다.

<표 6>가족식사와 청소년 흡연 경험

	Model 1 (OR, 95% CI) n=1,752	Model 2 (OR, 95% CI) n=1,752	Model 3 (OR, 95% CI) n=1,561	Model 4 (OR, 95% CI) n=1,483
가족식사				
< 1 - 1 >	referent	referent	referent	referent
< 1 - 0 >	2.02 (1.31-3.1)**	1.31 (0.83-2.07)	1.40 (0.86-2.29)	1.41 (0.84-2.36)
< 0 - 1 >	2.70 (1.83-3.97)***	2.31 (1.54-3.45)***	2.42 (1.56-3.76)***	2.64 (1.68-4.17)***
< 0 - 0 >	3.77 (2.60-5.46)***	2.31 (1.53-3.48)***	1.91 (1.20-3.02)**	2.01 (1.24-3.27)**
성별				
남자		referent	referent	referent
여자		0.33 (0.25-0.45)***	0.31 (0.22-0.44)***	0.31 (0.22-0.44)***
연령				
12~15		referent	referent	referent
16~18		2.90 (2.14-3.92)***	3.02 (2.16-4.22)***	2.74 (1.94-3.88)***
가구 소득수준				
하			referent	referent
중하			1.17 (0.64-2.14)	1.41 (0.72-2.74)
중상			1.09 (0.60-1.99)	1.33 (0.67-2.62)
상			0.82 (0.44-1.50)	1.11 (0.56-2.22)
가구 유형				
부모 모두			referent	referent
편부/편모			1.83 (1.19-2.79)**	1.81 (1.15-2.85)*
어머니 교육수준				
중졸 이하				referent
고졸				0.75 (0.45-1.25)
대졸 이상				0.55 (0.31-0.97)*
어머니 취업 여부				
취업				referent
비취업				0.74 (0.53-1.04)

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

제 3 절 가족과 함께하는 식사와 청소년 정신건강

4.3.1. 자살 생각 여부

가족식사와 청소년 자살 생각 여부의 관련성을 < 표 7 >에 제시하였다. 모형 1-4 는 위에 음주 경험 여부와 흡연 경험 여부에 대한 로짓 회귀분석과 똑같은 방식으로 설계하였다.

모형 1 에는 기준 그룹보다 저녁만 함께 먹는 < 0 - 1 > 그룹과 함께 식사를 먹지 않은 < 0 - 0 > 그룹의 차이가 통계적으로 유의미하였다 ($p < 0.01$). 따라서, 모든 식사를 함께 먹는 청소년들보다 저녁만 같이 먹거나 (OR 1.85, 95% CI 1.27-2.69) 식사를 같이 하지 않은 (OR 1.83, 95% CI 1.26-2.67) 청소년들이 자살 생각을 할 가능성이 더 높다. 이러한 결과는 모형 1-4 에서 모두 통계적으로 유의미하게 나타났다. 그러나, 가족 배경의 변수들을 통제한 모형 3 과 모형 4 에서 < 0 - 0 > 그룹의 경우에는 P 값이 더 높은 것으로 나왔다. 흡연 경험과 유사하게 자살 생각의 경우에도 가족과 함께하는 아침식사의 역할이 저녁식사보다 중요한 것 같다.

연령과 성별을 통제하면 성별에 대한 차이가 유의한 차이를 보였다. 모형 2-4 에서 모두 남자보다 여자가 자살 생각을 할 가능성이 높았으며 통계적으로 의미 있었다 (모형 모두에 $p < 0.001$). 오즈비는 모형 2 의 경우에는 2.52 (95% CI 1.88-3.38), 모형 3 에

2.47 (95% CI 1.80-3.39), 모형 4 에는 2.49 (95% CI 1.79-3.45)으로 나타났다.

가족 및 어머니 배경을 표시하는 변수들 (가구 소득 수준, 가구 유형, 어머니 교육수준, 어머니 취업 상태)과 청소년 자살 생각 여부의 관계는 통계적으로 유의미하지 않았다.

<표 7> 가족식사와 청소년 자살 생각 여부

	Model 1 (OR, 95% CI) n=1,752	Model 2 (OR, 95% CI) n=1,752	Model 3 (OR, 95% CI) n=1,561	Model 4 (OR, 95% CI) n=1,483
가족식사				
< 1 - 1 >	referent	referent	referent	referent
< 1 - 0 >	1.39 (0.90-2.12)	1.50 (0.96-2.34)	1.49 (0.93-2.39)	1.48 (0.91-2.41)
< 0 - 1 >	1.85 (1.27-2.69)**	1.85 (1.26-2.72)**	1.80 (1.19-2.71)**	2.01 (1.32-3.07)**
< 0 - 0 >	1.83 (1.26-2.67)**	1.94 (1.29-2.92)**	1.76 (1.13-2.75)*	1.77 (1.11-2.82)*
성별				
남자		referent	referent	referent
여자		2.52 (1.88-3.38)***	2.47 (1.80-3.39)***	2.49 (1.79-3.45)***
연령				
12~15		referent	referent	referent
16~18		0.91 (0.66-1.26)	0.96 (0.68-1.35)	0.95 (0.66-1.36)
가구 소득수준				
하			referent	referent
중하			0.97 (0.53-1.79)	0.98 (0.51-1.92)
중상			1.22 (0.67-2.21)	1.20 (0.62-2.34)
상			1.20 (0.66-2.18)	1.14 (0.58-2.23)
가구 유형				
부모 모두			referent	referent
편부/편모			1.45 (0.93-2.27)	1.23 (0.76-2.00)
어머니 교육수준				
중졸 이하				referent
고졸				0.93 (0.52-1.65)
대졸 이상				1.00 (0.54-1.86)
어머니 취업 여부				
취업				referent
비취업				0.90 (0.65-1.25)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

4.3.2. 스트레스 인지율

스트레스 인지율과 가족식사의 관계를 서수 로지스틱 회귀분석으로 분석하여 결과를 < 표 8 >에서 나타냈다. 위에 분석과 다르게, < 0 - 0 > 군, 즉 아침과 저녁 모두 가족과 함께 먹지 않은 청소년들의 그룹을 기준으로 설정하였으며 성별의 경우에는 ‘여자’를 기준으로 설정하였다. 결과는 다음과 같다.

모든 식사를 함께 먹지 않은 < 0 - 0 > 집단보다 모든 식사를 함께 먹는 < 1 - 1 > 집단이 스트레스 인지율이 더 낮은 것 (즉, ‘거의 느끼지 않는다’와 ‘조금 느낀다’)의 가능성이 더 높았으며 이는 통계적으로 유의미하였다 (OR 1.77, 95% CI 1.38-2.28; $p < 0.001$). 따라서 가족과 함께 먹는 청소년이 스트레스를 덜 느끼는 경향이 있다. 이는 모형 1에서 4까지 토계적 유의성의 $p < 0.001$ 수준으로 유지되었다.

또한, 위에 자살 생각 분석과 비슷하게 아침 식사 먹지 않고 저녁 식사를 먹은 그룹과의 관계가 유의미하였다. 단, 통계적 유의성이 모형 1-3까지만 존재했으며 어머니의 교육수준과 취업 상태를 통제한 마지막 모형 4에서 유의성이 없었다.

성별에 따라 역시 통계적으로 유의한 차이가 보였다. 모형 2부터 통제된 성별에 대한 차이가 모형 4까지 유지되었다 ($p < 0.001$). 따라서 남자가 여자보다 스트레스 인지율이 낮은 집단에 있는 것의 가능성이 더 높았다.

모형 3에서 통제한 가구 소득 수준과 가구 유형 및 모형 4에서 통제한 어머니 교육수준과 어머니 취업상태가 통계적 유의성을 보이지 않았다.

<표 8> 가족식사와 청소년 스트레스 인지율

	Model 1 (OR, 95% CI) n=1,750	Model 2 (OR, 95% CI) n=1,750	Model 3 (OR, 95% CI) n=1,559	Model 4 (OR, 95% CI) n=1,481
가족식사				
< 1 - 1 >	1.77 (1.38-2.28)***	1.72 (1.31-2.25)***	1.73 (1.29-2.32)***	1.72 (1.26-2.33)***
< 1 - 0 >	1.32 (0.98-1.77)	1.29 (0.59-1.73)	1.29 (0.94-1.77)	1.27 (0.91-1.76)
< 0 - 1 >	1.48 (1.12-1.96)**	1.47 (1.10-1.96)**	1.47 (1.07-2.01)*	1.37 (0.99-1.90)
< 0 - 0 >	referent	referent	referent	referent
성별				
남자		1.56 (1.29-1.89)***	1.56 (1.27-1.91)***	1.54 (1.25-1.90)***
여자		referent	referent	referent
연령				
12~15		referent	referent	referent
16~18		0.92 (0.74-1.14)	0.91 (0.72-1.15)	0.92 (0.72-1.17)
가구 소득수준				
하			referent	referent
중하			0.83 (0.55-1.25)	0.84 (0.54-1.31)
중상			0.81 (0.54-1.22)	0.82 (0.52-1.28)
상			0.95 (0.63-1.42)	0.95 (0.61-1.75)
가구 유형				
부모 모두			referent	referent
편부/편모			1.11 (0.80-1.53)	1.24 (0.88-1.75)
어머니 교육수준				
중졸 이하				referent
고졸				0.97 (0.66-1.41)
대졸 이상				0.98 (0.65-1.47)
어머니 취업 여부				
취업				referent
비취업				1.03 (0.83-1.27)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

제 5 장 결론 및 논의

본 연구에서 가족식사의 빈도로 측정된 가족결속력과 청소년 건강 관련 위험 행동, 즉 음주 경험, 흡연 경험, 또한 청소년 정신건강, 즉 자살 생각, 스트레스 인지율의 관계를 검토하고 비교하였다. 대한민국 전 국민을 대표하는 국민건강영양조사 자료를 분석하였으며 검토한 청소년 건강 관련 행동 모두가 가족식사 빈도와 통계적으로 유의미한 관계를 보였다.

연구 대상자의 가족식사에 따른 특성을 검토했을 때 연령의 차이가 뚜렷하였다. 중학생 49%에 비해 고등학생의 14%만 아침과 저녁식사 모두를 가족과 함께 하였다고 보도되었다. 이러한 결과는 고등학생들이 학교에 보내는 매우 긴 시간과 학업 부담 때문에 나왔다고 생각된다.

가족식사와 건강 위험행동에 대한 로짓 회귀분석 결과를 파악했을 때, 가족식사와 음주경험 여부, 흡연경험 여부 간의 통계적으로 유의미한 관계가 있었으며 가족과 식사를 함께하지 않은 청소년들이 위험행동에 참여하는 가능성이 더 높았다. 이는 해외 기존연구 (Eisenberg *et al.*, 2004; Utter *et al.*, 2013; Fulkerson *et al.*, 2006) 결과와 비슷한 결과였다. 바쁜 일상생활을 지나면서 식사시간 외에 부모와 자녀 간의 의사소통과 유대가 형성될 기회가 많지 않을 수도 있다. 그러므로 가족식사를 함께 하지 않은

청소년들의 경우 부모와의 깊은 관계, 부모의 감시가 부재할 수 있어 청소년들이 음주와 흡연 같은 위험행동에 더 자주 관여할 수도 있다는 것으로 생각된다.

인구사회적 요소들과 가족배경에 대한 요소들을 검토했을 때 여전히 통계적으로 유의미한 관계가 보였다. 음주 경험과 관련성이 있는 요소들은 나이, 어머니의 교육 수준과 어머니의 직장 배경이었다. 청소년들 중 높은 연령대의 집단 (16~18 살)이 더욱 음주 경험이 많았다. 또한, 어머니가 대학교육 이상 받거나 직장을 다니지 않는 조건에서 청소년의 음주경험이 더 낮은 것으로 나타났다.

흡연과 관련성이 있는 요소들은 성별, 나이, 가족 구조, 그리고 어머니의 교육수준이었다. 여성이 더욱 적은 흡연률을 보였다. 높은 연령대의 집단(16~18 살)이 높은 흡연률을 보였다. 가족 구조 관점에서 바라보면, 한 부모 밑에서 자라온 청소년들이 더욱 높은 흡연 경험을 나타냈다. 또한, 어머니가 대학교육 이상 받았으면 자녀들의 흡연 경험이 더 낮은 것으로 나왔다. 가구 소득 수준은 음주나 흡연과 같은 건강 위험 행동에 영향을 크게 끼치지 않았다.

가족식사와 청소년 정신건강 간의 관계를 검토했을 때, 가족과 함께하는 식사와 자살생각 여부, 스트레스 인지율 간의 통계적으로 유의미한 관계가 보였으며 가족과 함께 식사를 하지 않은 청소년이 자살 생각을 할 가능성이 더 높았고 스트레스를 더 많이 느낄 가능성이 높았다. 이 결과는 한국의 성순정·권순자 (2010)의

연구와 해외 기존연구 (Eisenberg *et al.*, 2004; Utter *et al.*, 2013)와 비슷하였다. 육체적과 정신적으로 많은 변화가 벌어지는 청소년기에 가족과 부모의 지지가 특별히 중요하다. 이는 위에 위험행동과 유사하게 부모와 자녀 간의 결속력이 부재하면 정신건강에도 더 많은 문제가 생길 수도 있다는 것으로 생각된다.

자살 생각과 통계적으로 유의미한 관계가 있는 요소는 성별이었다. 여성 청소년이 남성 청소년보다 자살 생각을 더 많이 하였다. 그 외에 요소들인 나이, 가구 소득수준, 가족 구조, 어머니의 교육 수준, 직장 배경은 자살 생각과 통계적으로 유의미한 관련성이 없었다.

스트레스 인지율의 경우에는 성별의 영향이 컸다. 남성 청소년은 여성보다 낮은 스트레스 인지율을 보였다. 하지만, 나머지 통제변수들은 스트레스 인지율에 통계적으로 유의미한 관련성이 없었다. 가구 소득 수준은 이 논문의 종속 변수들과 통계적으로 유의미한 관계가 없는 것으로 밝혀졌다.

가족식사와 청소년 건강 관련 행동을 검토한 연구는 한국에서 부재하며 청소년기부터 보건문제가 되는 건강위험행동과 정신건강에 대해 전국민을 대표하는 자료를 이용하여 분석한 연구라는 점에서 본 연구는 의의가 있지만 부족함도 있다.

우선, 분석자료에서 가족식사에 대한 조사설문이¹ 모호했으며 정확한 가족식사 빈도나 기간을 측정하지 못했다. 따라서 보다 정확한 측정이 필요하며 앞으로 진행될 연구들에서 고려하는 것이 중요하다고 생각된다. 또한, 청소년 건강에 중요한 영향을 미치는 학교 환경, 교우관계, 인근 요인이나 보다 정확한 변수로 측정될 수 있는 가족 유대감이나 부모 건강은 통제할 수 없는 것이 본 연구의 한계가 된다.

가족식사와 청소년 건강 위험 행동, 정신건강의 관계는 한국 사회의 맥락에서도 볼 수 있으며 가족식사를 촉진하는 것이 청소년들의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수도 있다. 가족이 함께 시간을 보낼 수 있는데에 자녀들이 학교에서 보내는 시간과 부모들의 근무시간이 주요 영향 요인이라 교육, 가족 및 근무 정책을 제정할 때 가족식사의 중요성을 고려해야 하는 것이 중요하다고 생각된다. 가족구성원들이 매일 식사할 때 시간을 함께 보내는 것을 촉진시키면 청소년들의 건강 위험 행동 및 정신건강에 보호요인이 될 수도 있다고 생각된다.

¹ 제 5 기 국민건강영양조사 가족식사에 대한 설문: “최근 1 년 동안 대체로 가족 (가족 중 한사람 이상)과 함께 식사하십니까?”

참고문헌

영어

- Antheini, M., Fonseca, H., Ireland, M., Blum R. W. 2001. "Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil." *Journal of Adolescent Health* 28(4): 295-302.
- Aysun, A. and Esin, M. N. 2015. "Factors Associated with Healthy Lifestyle Behaviors in a Sample of Turkish Adolescents: A School-Based Study." *Journal of Transcultural Nursing*, doi: 10.1177/1043659615587585
- Cason, K. L. 2006. "Family Mealtimes: More than Just Eating Together." *Journal of the American Dietetic Association* 106(4): 532-533.
- Chen, S. E., Möser, A. and Nayga R. M, Jr. 2015. "Too Busy to Eat with the Kids? Parental Work and Children's Eating." *Applied Economic Perspectives and Policy* 37(3): 347-377.
- Compan, E., Moreno, J., Ruiz, M. T. and Pascual, E. 2002. "Doing things together: adolescent health and family rituals." *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(2): 89-94.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C., Barnekow, V. 2012. "Social determinants of health and well-being among young people." Health behaviour in schoolaged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. *Health Policy for Children and Adolescents* No. 6. (Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-andwell-being-among-young-people.pdf?ua=1, 12/04/2016)

- Eisenberg, M. E., Olson, R. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M. and Bearinger, L. H. 2004. "Correlations between Family Meals and Psychosocial Well-being among Adolescents." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 158(2004): 792-796.
- Fiese, B. H. and Schwartz, M. 2008. "Reclaiming the Family Table: Mealtimes and Child Health and Wellbeing." *Social Policy Report* 22(4): 1-20.
- Franko, D. L., Thompson, D., Affenito, S. G. and Barton, B. A. 2008. "What Mediates the Relationship Between Family Meals and Adolescent Health Issues?" *Health Psychology* 27(2): S109-S117.
- Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Szteiner, D., and French, S. A. 2006. "Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors." *Journal of Adolescent Health* 39(2006): 337-345.
- Fulkerson, J. A., Neumark-Sztainer, D. and Story, M. 2006. "Adolescent and Parent Views of Family Meals." *Journal of the American Dietetic Association* 106(4): 526-531.
- Gibbs, N. and Miranda C. A. 2006. "The magic of the family meal" *Time*, 167(24): 50-56.
- Gillman M. W., Rifas-Shiman S, Frazier A. L., Rocket H. R., Camargo C. A. Jr, Field A. E., Berkey C. S. and Colditz G. A. 2000. "Family dinner and diet quality among older children and adolescents." *Archives of Family Medicine* 9(3): 235-240.
- Goldfarb, S. S., Tarver, W. L., Locher, J. L., Preskitt, J., and Sen, B. 2015. "A systematic review of the association between family meals and adolescent risk outcomes." *Journal of Adolescence* 44(2015): 134-149.

- Hanson, M. D. and Chen, E. 2007. "Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature." *Journal of Behavioral Medicine* 30(2007): 263-285.
- Keleher, H. and MacDougall, C. 2009. *Understanding Health – a determinants approach* (2nd ed.). South Melbourne, Vic.: Oxford University Press.
- Larson, N., MacLehose, R., Fulkerson, J. A., Berge, J. M., Story, M., and Neumark-Sztainer, D. 2013. "Eating Breakfast and Dinner Together as a Family: Associations with Sociodemographic Characteristics and Implications for Diet Quality and Weight Status." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(12): 1601-1609.
- McNeill, T. 2010. "Family as a Social Determinant of Health." *Healthcare Quarterly* 14: 60-67.
- Neumark-Sztainer D., Hannan P. J., Story M., Croll J. and Perry C. 2003. "Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents." *Journal of the American Dietetic Association* 103(3): 317-322.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., and Fulkerson, J. 2004. "Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?" *Journal of Adolescent Health* 35(2004): 350 – 359.
- OECD (2015). Education at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2015-en> (accessed 2016/05/22)
- OECD (2015). *OECD Employment Outlook 2015*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2015-en (accessed 2016/05/22)

- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H. and Udry, J. R. 1997. "Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health." *Journal of the American Medical Association*, 278(10): 823 – 832.
- Rockett, R. H. 2007. "Family Dinner: More than Just a Meal." *Journal of the American Dietetic Association* 107(9): 1498-1501.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezech, A. C. and Patton, G. C. 2012. "Adolescence: a foundation for future health." *The Lancet* 379(2012): 1630-1640.
- Sen, B. 2010. "The relationship between frequency of family dinner and adolescent problem behaviors after adjusting for other family characteristics." *Journal of Adolescence* 33(2010): 187-196.
- Utter, J., Denny, S., Robinson, E., Fleming, T., Ameratunga, S. and Grant, S. 2013. "Family meals and the well-being of adolescents." *Journal of Paediatrics and Child Health* 49(2013): 906-911.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. and Currie, C. 2012. "Adolescence and the social determinants of health." *The Lancet* 379(2012): 1641-1652.
- World Health Organization. 2005. Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences.
- Wilkinson, R. and Marmot, M. eds. 2003. Social determinants of Health – The Solid Facts. 2nd edition. WHO Regional Office for Europe.

한국어

- 배희분 · 옥선화 · 양경선 · Chung, Grace H. 2013. 「가족식사 빈도가 청소년의 삶의 만족도에 미치는 영향: 부모와의 의사소통의 매개효과 검증」. 『청소년학연구』 20 권 4 호. pp. 125-149.
- 성순정 · 권순자. 2010. 「혼자 또는 온 가족이 함께 하는 식사형태가 아동의 정신적, 신체적 건강에 관한 자각증상에 미치는 영향 - 대전지역 일부 초등학생을 중심으로-」. 『대한지역사회영양학회지』 15 권 2 호. pp. 206-226.
- 이기완 · 조용주. 2007. 「중·고등학생의 가족 식사에 대한 인식과 태도 연구」. 『동아시아식생활학회지』 17 권 5 호. pp. 615-625.
- 이현하 · 최인숙. 2013. 「가족식사 및 가족기능이 초기 청소년의 학교 적응에 미치는 영향」. 『한국사정관리학회지』 31 권 3 호. pp. 1-13.
- 질병관리본부. 국민건강영양조사, 2012. (Retrieved from <https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do>, 03/24/2016)
- 조희금 · 이승미 · 김외숙 · 이기영 · 이연숙 · 한영선. 2011. 「가족이 함께하는 식사시간과 영향요인에 대한 연구」. 『한국가족자원경영학회지』 15 권 1 호. pp. 1-28.

Abstract

Family Bond and Adolescent Health-related Behaviour in South Korea: Analysis of the 5th Korea National Health and Nutrition Survey

Eszter Palócz

International Studies Department

Graduate School of International Studies

Seoul National University

This study examines the relationship between family bond as measured by family meal patterns and adolescent health-related behavior. Using data from the 5th Korea National Health and Nutrition Survey, the relationship between family meals and health risk behaviors, such as smoking, drinking; and mental health indicators, such as suicidal thoughts and perceived stress was investigated.

Smoking, drinking, suicide and high stress levels are serious public health concerns in South Korea and in order to get a broader understanding of these issues, it is important to examine them from a social perspective. Lifetime health-related habits and behaviors may form during adolescence and the health status of teens has an important and long term influence on the whole population's health status. Not only smoking, drinking, eating and exercise habits but also

mental health-related factors and behavior patterns develop and form at this critical age. Moreover, there is a high chance of these habits and behaviors to continue on to adulthood.

For the purpose of this study, 1,752 subjects of age 12 to 18 (female: 808, male: 944) were selected from the 5th Korea National Health and Nutrition Survey data and the findings of the analysis are as follows.

In the full sample, 55.2% of the subjects had breakfast and 60% had dinner together with their families. For further analysis, breakfast and dinner were combined into a variable where one group had both breakfast and dinner with their family and the other had none of the meals with the family. When investigating the proportion of subjects who had both breakfast and dinner with their families, it was found that there is a difference based on the age of the subjects. While 49% of middle school aged subjects (age 12-15) reported eating both meals with their family, only around 14% of high school aged (age 16-18) subjects reported the same. This could be due to the long hours spent in school and heavy study burden of South Korean high schoolers.

The results of the logistic regression analysis showed that even after controlling for sex, age, household income level, family structure, mother's educational attainment and mother's employment status, there was statistically significant difference between the proportion of adolescents who engage in risk behaviors by the family meal pattern.

Logistic regression analysis of family meal and alcohol drinking showed that adolescents who do not eat breakfast and dinner with family have a higher chance of having alcohol drinking experience. Similarly, smoking was more prevalent among adolescents who do not eat any meals with their family.

As for mental health indicators, results showed that teens who do not eat with their family have a higher chance of engaging in suicidal thoughts and report a higher level of perceived stress than those who eat both breakfast and dinner with family.

The above results suggest that eating meals together as a family can be a protective factor against engaging in risk behaviors during adolescence in the South Korean context. Busy schedules of both parents and children make it difficult to find time to eat meals together, thus education, employment and family policy support is recommended to help increase the frequency of family meals.

Keywords: Adolescence, Family meal, Health behavior, Smoking, Drinking, Suicidal thoughts, Stress

Student number: 2014-24268